

Boyer
1908

DU

N° 50

DRAINAGE PÉRINÉAL

DANS LA

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

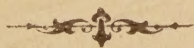
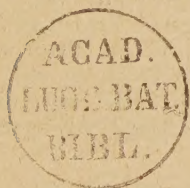
Le 4 Avril 1908

PAR

Fernand BOYER

Né à Toulon, le 19 janvier 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique	TRUC (*)
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE (*), <i>président.</i>	MM. JEANBRAU, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>	RICHE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE, A MA FEMME

Je dédie cette thèse, gage de ma reconnaissance pour l'affection qu'ils m'ont toujours témoignée et les bienfaits dont ils m'ont comblé.

A MA SOEUR, A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS ET MES AMIS

F. BOYER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

F. BOYER.

Avant d'entreprendre l'exposé de cet ouvrage, il nous est agréable de pouvoir dire ici toute notre reconnaissance à ceux qui, durant nos longues années d'études, nous ont témoigné de la sympathie et de l'intérêt.

Notre premier et plus vif remerciement ira d'abord à M. le Docteur Eynard, de Marseille. Nous avons toujours reçu dans sa clinique l'accueil le plus favorable, et nous ne saurions trop lui dire notre gratitude pour les conseils éclairés et les excellentes leçons qu'il a bien voulu nous donner. C'est encore lui qui nous a guidé dans le choix et l'exposé de cette thèse, et nous a fourni les observations qui y sont relatées. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de toutes les preuves d'amitié qu'il nous a prodiguées de tout temps ; elles sont de celles que l'on ne saurait oublier.

Nous adressons aussi nos remerciements à nos maîtres du Dispensaire des Enfants malades, et en particulier à MM. les professeurs Perrin et Delanglade, dont nous avons pu, comme interne, suivre avec profit et intérêt les magistrales leçons.

A Montpellier, M. le Professeur Jeanbrau, chargé du cours des maladies des voies urinaires, nous a accueilli avec la plus grande bienveillance dans son service, et nous avons été heureux de pouvoir continuer, sous son habile direction, l'enseignement que nous avait donné M. le Docteur Eynard.

Nous ne saurions oublier non plus nos bons camarades MM. les docteurs Ros et Jourdan, et notre excellent ami M. le Docteur V. Fouque.

VI

A eux et à tous ceux qui nous ont témoigné quelque amitié, c'est avec plaisir que nous disons ici publiquement merci !

Que M. le Professeur Forgue veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DU

DRAINAGE PÉRINÉAL

DANS LA

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

INTRODUCTION

Nous ne discuterons pas dans cette thèse les indications et la valeur thérapeutique de la prostatectomie. Cette opération, regardée pendant longtemps comme impraticable, est entrée depuis quelques années dans le domaine chirurgical et les brillants résultats acquis ont montré toute la ressource que l'on pouvait tirer de cette intervention. M. le docteur Escat, chargé du cours des maladies des voies urinaires à l'Ecole de médecine de Marseille, a traité d'une façon nette et précise cette question dans le rapport qu'il présentait en 1904, à Paris, à la huitième session de l'Association Française d'Urologie. De même, M. le docteur Jeanbrau, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, a insisté d'une façon toute particulière sur la nécessité et les excellents effets de l'ablation de la prostate.

Nous ne discuterons pas davantage sur la valeur différentielle de la prostatectomie transvésicale et de la prostatectomie périnéale. Les rapports de Villeneuve, en 1883, de Le-

gueu dans son traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, la statistique de Freyer, le promoteur de la méthode, les comptes-rendus d'Israël de Berlin, de Kümmel de Hambourg, à la Société de chirurgie de 1906, de Franck de Berlin au Congrès de Bruxelles de 1905, ont définitivement rallié à la taille transvésicale la plupart des chirurgiens.

Mais si la prostatectomie par voie haute est aujourd'hui à peu près généralement admise et employée, il est encore une question qui est loin d'être définitivement tranchée, question d'une très grande importance, puisque, comme le disait Tuffier: « Tout le secret de l'opération est là » ; nous voulons parler du drainage.

Nous traiterons donc dans une première partie des différents modes de drainage actuellement employés ; nous exposerons ensuite et décrirons un procédé imaginé par M. le docteur Eynard, de Marseille, et les résultats qu'il en a obtenus ; enfin, nous citerons les observations qu'il a bien voulu nous communiquer sur ce mode de drainage.

PREMIÈRE PARTIE

Le grand nombre et la diversité des modes de drainage qui ont été proposés, et tentés dans la taille hypogastrique, montrent combien il est difficile de trouver une méthode qui soit absolument sûre et absolument parfaite.

Nous ne parlerons pas ici des drainages employés dans les cas de prostatectomie partielle. « Ces opérations, comme le dit Albarran, sont justement délaissées parce qu'elles sont plus graves et donnent des résultats moins sûrs que l'ablation complète de la prostate. » Nous ne nous occuperons donc, dans cette thèse, que des modes de drainage tentés dans la prostatectomie transvésicale totale.

Ce fut Freyer qui eut l'honneur de propager le premier en Europe la méthode, qui porte son nom. Dans une clinique publiée le 21 juillet 1901, par le *British Medical Journal*, il décrit de la façon suivante le procédé de drainage post-opératoire qu'il emploie :

Après avoir extirpé la prostate par la taille sus-pubienne, Freyer place dans la plaie un gros drain de caoutchouc d'un diamètre extérieur de 22 millimètres et d'un diamètre intérieur de 16 millimètres, qui permet l'introduction des pinces, l'extraction des caillots. Il faut veiller à ce que le tube plonge dans la vessie sans appuyer sur la paroi postérieure et sans pénétrer dans la loge prostatique. On fait deux fois par jour

le lavage de la vessie pour la débarrasser des caillots au moyen du tube sus-pubien. Freyer ne laisse pas de sonde à demeure et conseille de ne pas passer de sonde dans l'intérieur avant le 12^e jour. Il retire le gros drain quatre ou cinq jours après l'opération et ne lave la vessie par l'urèthre qu'au bout de dix jours.

Déjà, en 1895, six ans avant Freyer, le chirurgien américain Füller avait tenté la prostatectomie transvésicale totale et voici la description qu'il donnait de son opération :

« Après l'ablation de la glande par la taille transvésicale, on place dans l'urèthre un conducteur cannelé, et le malade étant placé dans la position de la taille, on ponctionne l'urèthre membraneux et par la plaie on fait pénétrer dans la vessie un large tube qui est fixé aux deux côtés de l'incision périnéale.

» Dans le dernier temps, on place par l'incision sus-pubienne, dans la vessie, deux tubes à drainage et à côté une mèche de gaze allant dans la cavité formée par l'ablation de la prostate. Cela fait, on coud la paroi de la plaie aux drains. »

Fuller adopta donc le procédé opératoire de Freyer, dans lequel il ne fit que supprimer le drain périnéal.

Ces deux méthodes, qui ont le grand avantage de permettre de nettoyer directement la vessie avec de grands tampons et des antiseptiques, et de saisir avec une pince les caillots accumulés, nous paraissent cependant présenter de multiples inconvénients. Il est, en effet, d'une grande incommodité pour le malade de baigner et de macérer dans son urine ; de plus, l'infection, par cette urine, de la plaie superficielle, est à peu près fatale. En outre, malgré le gros drain que place Freyer, l'hémostase n'est pas faite et l'on ne peut trop compter sur les irrigations d'eau chaude pour l'obtenir. Enfin, le drainage est mal assuré, et la cavité prostatique,

le bas-fond vésical restent ouverts à l'infection ; et cet inconvénient paraît si grave à bon nombre de chirurgiens, qu'ils ont complètement renoncé à la taille hypogastrique pour recourir d'une façon exclusive à la voie périnéale. C'est ainsi que Castano, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* du 5 mars 1907, s'exprime de la façon suivante : « Le drainage sus-pubien ne me paraît pas apte à assurer la désinfection de la vessie. Avec le drain périnéal, chaque goutte d'urine qui sort des uretères passe immédiatement dans le drain, et le médecin est, pour ainsi dire, maître de l'infection. »

Nous ferons les mêmes réserves pour la méthode de Kallionzio, qui, dans son rapport du 16 janvier 1907, se rallie au procédé de Fuller et draine par voies périnéale et sus-pubienne combinées.

Richardson a tenté d'éviter l'inconvénient du procédé Freyer, en aspirant l'urine contenue dans la vessie, au moyen d'une pompe spéciale. Il expose sa méthode, dont voici le résumé dans un livre publié en 1904 et intitulé : « On the development and anatomy of the prostate gland together with on account of its injuries and diseases, and their surgical treatment ».

Après avoir enlevé l'adénome de la vessie avec une pince à lithotomie, Richardson introduit un tube en caoutchouc à travers la plaie sus-pubienne. Ce tube a 1 centimètre de diamètre et dépasse la plaie de 6 centimètres. Il ferme ensuite la plaie autour du drain, qui ressort au-dessus du bandage. Le patient couché, il place une pompe (evacuum pump), qu'il fixe au bandage. Le tube vertical de la pompe est introduit jusqu'au fond de la vessie à travers le gros drain. Son diamètre n'est que de 8 millimètres.

L'extrémité du tube vertical est fixée à un autre tube en verre en forme de T. Dès que 3 gr. d'urine sont accumulés

dans la vessie, ils sont aspirés et n'ont pas le temps de se décomposer. Richardson laisse la pompe en place huit à dix jours, car, dit-il, au bout de ce temps la plaie abdominale a bourgeonné et l'on peut désormais laisser couler librement l'urine hors de la vessie.

Mais quand la pompe est enlevée, le patient est mal à son aise ; l'urine coule constamment hors de la plaie et il faut renouveler très fréquemment les pansements pour ne pas le laisser baigner dans l'urine.

De même, Le Clerc-Dandoy, de Bruxelles, s'est préoccupé de chercher un procédé qui lui permit d'éviter, pour l'opéré, cette macération dans son urine, et il crut l'avoir trouvé dans la méthode qu'il expose dans une communication faite au 13^e congrès international de médecine (Paris 1900), sur « Le drainage de la vessie par l'irrigation continue après la taille sus-pubienne ».

« L'ennemi à craindre, dit-il, dans l'opération de la taille sus-pubienne est l'urine. Favoriser son élimination au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, l'empêcher de s'infecter, même d'une manière relative, en un mot soustraire les tissus, la plaie opératoire, le péritoine à son contact dangereux, tel doit être l'objectif du chirurgien. Nous croyons l'avoir réalisé de manière fort simple en utilisant, pour assurer l'élimination de l'urine, un courant de sérum artificiel pénétrant par le canal de l'urèthre (au moyen d'une sonde de Nelaton), et ressortant de la vessie par les tubes de Guyon-Périer.

Le dispositif est le suivant : un grand injecteur d'Esmark (6 litres), est placé au pied du lit du patient, à faible hauteur de celui-ci. Il est rempli d'eau salée (8 p. 100) et stérilisée, que l'on maintient à une température tiède, grâce à un petit brûleur placé sous l'injecteur. Un robinet permet au sérum de s'écouler lentement.

L'injecteur est en rapport avec la vessie par la sonde de Nelaton ou mieux de Pezzer. Après avoir irrigué la vessie, le sérum s'échappe, comme nous le disions plus haut, par les drains de Guyon-Périer, qui seront suffisamment longs pour remplir efficacement leur rôle de tubes-siphons ».

Tous les chirurgiens, en France, connaissent ces tubes qui furent employés d'abord par Périer et que Guyon a complètement modifiés en les perfectionnant. Les tubes qui composent ce tube-siphon ont chacun 14 millimètres de diamètre et une longueur de 50 centimètres. Ils sont percés d'un œil latéral au niveau de leur extrémité vésicale. Ils sont soudés l'un à l'autre sur une étendue de quelques centimètres et présentent dans cette même portion une courbure fixe, pour plonger dans la partie inférieure de la vessie, tandis que leur partie extérieure qui sort à travers la plaie abdominale se trouve pendante entre les cuisses du malade et vient déverser dans un urinal placé au pied du lit, le contenu de la vessie.

Un grand nombre de chirurgiens sont très partisans de ce mode de drainage et c'est ainsi que Pousson, de Bordeaux, R. Proust, Watson, le recommandent et l'emploient d'une façon à peu près exclusive.

On reproche aux tubes de Guyon-Périer de se boucher aisément et de ne permettre alors que difficilement le lavage de la vessie.

Aussi, certains opérateurs, tels que Loumeau, de Bordeaux, et Bazy, drainent-ils en même temps par l'urèthre. C'est, d'ailleurs, la méthode que préconise ce dernier dans son rapport à la Société de chirurgie (séance du 31 octobre 1906).

« Dans mon opération, je mets d'emblée à demeure une sonde en gomme du calibre 22 ou 23. Je mets un gros tube dans la prostate et tout autour des mèches. J'enlève ces mèches, le lendemain, et le tube prostatovésical le 5^e ou 6^e jour.

Je vois un avantage à cette pratique, c'est que j'ai remarqué que c'est tantôt la sonde uréthrale, tantôt le drain hypogastrique qui fonctionne, quelquefois les deux à la fois. Alors, pour être sûr d'un bon drainage, j'emploie les deux drains, le drain par l'urèthre et le drain par l'hypogastre. »

Verhoogen, de Bruxelles, constate que la plaie opératoire située au fond de la vessie, se draine mal par l'hypogastre ; aussi emploie-t-il avec le drain sus-pubien de très gros calibre, une sonde de Pezzer à demeure dans l'urèthre. Legueu préférerait une sonde à béquille qui, plus résistante, permettrait de faire l'aspiration des caillots. Malgré cette modification que Verhoogen apporte à la méthode de Freyer, il perd encore trois malades d'infection sur six qu'il a opérés par la voie transvésicale.

Quant à Tuffier, il draine par un gros drain court métallique, dans lequel il introduit une mèche jusqu'au contact de la plaie prostatique. Il s'exprime en ces termes au 15^e congrès international de médecine :

« Pour remédier au danger d'infiltration urinaire en avant de la vessie, je couds la paroi latérale à la profondeur de la paroi abdominale ; je mets mon gros drain court métallique dans lequel une mèche à frottement doux descend jusqu'au contact de la loge prostatique. Elle aspire le liquide et les caillots, à la condition que les compresses mises sur l'hypogastre à son contact soient bien absorbantes, c'est-à-dire qu'elles soient changées toutes les 24 heures et laissent toujours le malade à sec. Dès le 4^e jour, un drain plus petit est placé, et vers le 10^e jour, il est supprimé et remplacé par une sonde à demeure. »

Nicolich, de Trieste (Association Française d'Urologie, VIII^e et IX^e sessions), après l'extirpation de la prostate, suivant le procédé de Freyer, ne ferme pas la vessie, mais il tam-

ponne seulement avec de la gaze iodoformée qu'il laisse en place 24 ou 36 heures.

Après avoir levé le tampon de gaze de la vessie, il laisse couler l'urine par la plaie et il pratique des lavages sans sonde à travers l'urèthre. Après avoir soigneusement lavé la vessie, il place la sonde à demeure pour hâter la fermeture de la plaie vésicale.

Nicolich paraît s'être très bien trouvé de cette méthode, dans laquelle il semble se préoccuper plutôt de l'hémorragie que du drainage de l'urine.

C'est aussi de cette complication possible que s'inquiète surtout Legueu dans son rapport au XV^e Congrès international de médecine, et voici comment il procède : « Après l'opération, dit-il, je laisse dans la cavité prostatique, une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée, et d'où résultera l'hémostase. Au dessus, dans la vessie est placé le gros drain de Freyer, qui permet de faire dans la journée des lavages antiseptiques, le nettoyage de la vessie avec des tampons.

» Dans l'intervalle des lavages, je laisse dans le tube de Freyer une petite sonde de Nelaton, qui récolte quelque peu les urines. La mèche de gaze est enlevée au 3^e jour, et une sonde à demeure est alors placée dans l'urèthre. Les lavages sont faits par cette sonde ; le tube de Freyer est enlevé le 4^e jour. »

Mais Legueu n'a pas employé ce seul procédé, et suivant les besoins de la cause et les cas qui se sont présentés, il a choisi la méthode qui lui paraissait la plus apte à donner de bons résultats opératoires.

Quelques chirurgiens allemands, Israël de Berlin, Küm-mel de Hambourg, Franck de Berlin (Compte-rendu du premier congrès de la Société internationale de chirurgie, tenu à Bruxelles du 18 au 27 septembre 1905), pensent que la meilleure voie pour drainer une cavité est de la drainer par son

orifice naturel, et après la prostatectomie transvésicale, quand l'urine est aseptique, ils ferment complètement la vessie et se contentent de mettre une sonde à demeure dans l'urèthre, pour drainer et faire l'aspiration des caillots s'il y a lieu. Nous ferons remarquer simplement combien ce procédé est hasardeux.

Dans les cas où la vessie est infectée, Israël passe un drain dans le périnée à travers l'urèthre périnéal, et ferme la vessie. « Au point de vue de la technique, dit-il, à la Société Allemande de Chirurgie du 29 avril 1905, au lieu de me contenter, après avoir fermé la vessie, d'y placer une sonde à demeure, je crois préférable de pratiquer, en outre, une incision périnéale médiane et d'introduire par cette voie un drain jusque dans le cul-de-sac qui se forme à la place qu'occupait la prostate. Je me suis toujours bien trouvé de cette manière de procéder. »

Cathelin emploie de préférence un procédé mixte de prostatectomie totale par méthode périnéo-sus-pubienne, qu'il expose en ces termes au Congrès d'Urologie d'octobre 1905. « Nous conseillons dans les cas à grosse hypertrophie du lobe médian, de faire d'emblée une boutonnière vésicale, pour réaliser par le périnée une énucléation totale et complète, le doigt vésical servant de contrôle. Par cette méthode mixte, on est plus drainant que par la voie haute transvésicale et plus total que par la voie basse. On a donc ainsi les avantages des deux méthodes sans en avoir les inconvénients. »

Nous ferons remarquer que la méthode de Cathelin n'est, en somme, que la méthode par taille périnéale et que la boutonnière vésicale qu'il fait ne lui sert que pour se guider dans l'opération par voie basse.

Le docteur Tenney, dans le *Boston Medical and surgical*

du 18 mai 1905, décrit son opération de la façon suivante :
« Cystotomie sus-pubienne un peu haute, à la cocaïne ; drainage sus-pubien et sonde à demeure ; quatre ou cinq jours plus tard, on donne un peu d'éther et en une dizaine de minutes on peut faire l'énucléation de la prostate.

» Les avantages du procédé sont : anesthésie très courte, donc peu de shock, facilité de lever tôt le malade ; drainage complet préalable de la vessie. »

Nous citerons encore le procédé hardi et un peu téméraire qu'employa récemment M. Paul Duval, de Paris (Compte-rendu de la Société de chirurgie, du 4 juillet 1906).

Ayant à enlever une prostate par la voie transvésicale sur un malade de 56 ans, il pratiqua l'opération à travers la vessie largement ouverte et maintenue écartée. La prostate fut enlevée aux ciseaux, l'urèthre fut coupé sous la vue et repéré avec un fil, puis après l'enlèvement de la prostate, suturé à la vessie, de telle sorte que la cavité résultant de l'ablation de la prostate était partout recouverte de muqueuse. Une sonde fut laissée en place et la vessie refermée complètement. La réunion se fit par première intention et la sonde ayant été enlevée le 11^e jour, le malade urine depuis spontanément.

Cette méthode est certainement une innovation heureuse, mais il nous paraît que dans bien des cas, surtout quand il y a infection chez le malade, elle pourrait être très dangereuse.

Enfin, M. le docteur Escat, de Marseille, propose d'effectuer le drainage et l'hémostase de la loge prostatique par le tamponnement, et voici comment il conseille d'opérer (Thèse de Vallon, 1906) :

« On prend une grande compresse de gaze, on la perfore à son centre et on engage dans cet orifice une grosse soie

qui referme l'orifice par un nœud coulant de façon à constituer un Mickulicz à deux chefs. L'un de ces chefs est fixé à l'œil d'une sonde qu'on introduit dans la vessie par l'urèthre et on attire ainsi la compresse retournée sur elle-même contre la tranche uréthrale. Rien n'est plus facile que de tasser ensuite, dans ce sac de gaze une longue mèche de gaze. La loge prostatique se trouve ainsi tamponnée dans tous ses points, et il suffit, si le saignement a un caractère rebelle, soit de tirer sur le chef uréthral qui sort par le méat, où on l'enroule plus ou moins à une compresse, soit de tasser dans le sac de gaze une seconde mèche ; ce procédé rappelle un peu le tamponnement postérieur des fosses nasales.

» Derrière le tampon, on place un drain plus ou moins gros de 12 à 15 millimètres de calibre interne. On peut fixer à ce drain un ajutage coudé en verre qui permet de recueillir une partie de l'urine, ou bien on place simplement le pansement classique absorbant. Par le drain, on fait suivant les besoins deux ou trois lavages à l'aide d'un sonde. »

Nous ne pouvons qu'approuver cette méthode qui a donné d'excellents résultats à M. le docteur Escat.

Nous allons maintenant décrire le procédé imaginé par M. le docteur Eynard ; mais auparavant, nous tenons à citer cette opinion de Tuffier et de Zuckerkands :

« Quel que soit le procédé de drainage employé, dit Tuffier, il doit être parfait, tout le succès de l'opération est là. Toutefois ce drainage présente de très grandes difficultés ; contrairement au drainage de la prostatectomie périnéale, il doit se faire en sens inverse de la pesanteur et dans la non-déclivité. » C'est ce qui fait dire à Zuckerkands, au Congrès de chirurgie allemande tenu à Berlin en 1904, où il rapporte deux observations de prostatectomie transvésicale par le procédé de Freyer sur deux malades et suivies de mort : « Le

drainage est si défectueux par cette voie que l'infection est presque inévitable. Il est probable que lorsqu'on aura trouvé un procédé de drainage parfait, le pronostic de la prostatectomie transvésicale sera beaucoup moins sombre et qu'elle prendra peut-être la première place. »

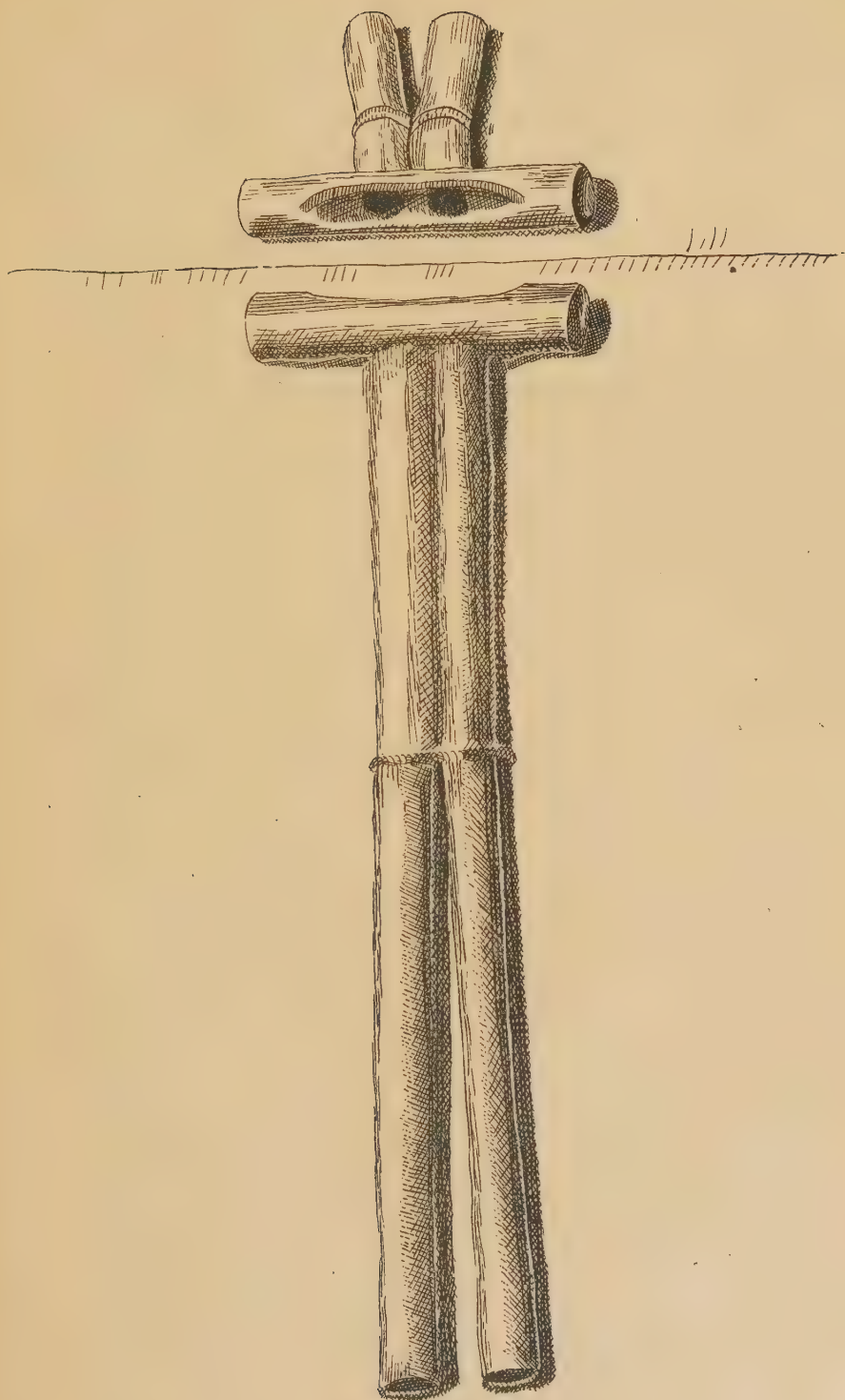
DEUXIÈME PARTIE

Le drainage de la cavité prostatovésicale par le périnée est le plus naturel, celui qui offre la plus grande déclivité, met le plus le malade à l'abri de l'infection et qui abrège notablement la durée post-opératoire. Il est reconnu, jusqu'ici, que la mortalité est plus grande par la voie transvésicale que par la voie périnéale et il est à présumer que c'est à son mode de drainage que l'opération par taille périnéale doit cet avantage ; car, par le périnée, l'opération est plus longue et l'hémorragie plus abondante (le morcellement de la prostate étant la règle). Nous montrerons plus loin que le drainage périnéal dans la prostatectomie transvésicale n'allonge l'opération que de 5 à 6 minutes.

Il s'agissait d'avoir un drain qui remplisse les meilleures conditions de drainage, qui ne gêne en rien dans le tamponnement en cas d'hémorragie, qui ne puisse se déplacer dans la position voulue, tout en pouvant s'enlever facilement.

Nous nous sommes servi du principe du double tube Guyon-Périer, pour assurer le lavage de la vessie et le bon écoulement des liquides.

Le drain (voir figure) a la forme d'un T à double branche verticale. La branche horizontale et les branches verticales ont le même diamètre. Nous l'avons fait établir en deux dimensions suivant les cas, c'est-à-dire, en tubes de caout-



choue de 10 mm. et de 13 mm. de diamètre extérieur. S'agit-il d'une petite prostate, à loge peu étendue, saignant peu, le drain de 10 mm. suffit ; a-t-on affaire, au contraire, à une grosse loge prostatique dont l'hémorragie pourrait donner quelques inquiétudes, ou à une vessie infectée qu'il est impossible de capitonner comme nous l'indiquerons, on placera alors le drain de 13 mm.

Ces drains ont respectivement un diamètre intérieur de 7 mm. et de 10 mm., de façon à ce qu'ils soient assez rigides pour ne pas s'aplatir dans leur trajet périnéo-vésical, et nuire par là suite à leur bon fonctionnement.

La branche horizontale est d'une longueur totale de 5 centimètres, ayant à ses deux extrémités une ouverture, et présentant à sa partie moyenne un œil ovale de 2 centimètres et demi de longueur qui occupe, en largeur, la moitié du tube. Cette disposition des ouvertures de la branche transversale présente les avantages suivants :

1° Celui de donner trois voies pour l'écoulement de l'urine, deux terminales et une large médiane ;

2° Cet œil médian permet aux deux branches du T de pouvoir se relever facilement en exerçant un faible tiraillement au moyen des branches verticales au moment de l'enlèvement du drain, et par conséquent, de le faire passer facilement dans le trajet vésico-périnéal. Les deux branches verticales du drain ont une longueur totale de 16 centimètres environ. Cette longueur peut varier suivant les sujets, selon que l'on a affaire à un malade maigre ou non. Rien n'est, en effet, plus facile, s'il dépasse trop la boutonnière périnéale, d'en réséquer un ou plusieurs centimètres.

Ces deux branches verticales sont accolées l'une à l'autre sur une longueur de 7 à 8 centimètres, depuis la branche horizontale sur laquelle ils viennent s'aboucher. Cette réunion des deux tubes correspond à la partie qui va de la ves-

sie à l'extérieur. Par chacun de ces tubes, on peut faire des lavages de vessie, et s'assurer de leur bon fonctionnement en faisant passer alternativement le liquide antiseptique par l'un et par l'autre. On peut aussi faire l'aspiration, en cas d'obstruction, passer soit un mandrin, soit une sonde d'un diamètre plus petit, en un mot assurer l'écoulement continu de l'urine. C'est ce drainage continu et parfait qui permettra de fermer complètement l'ouverture supérieure de la vessie.

Nous ne nous étendrons pas sur tous les temps de la prostatectomie transvésicale. Elle ne diffère pas du procédé employé par Freyer, jusqu'au placement du drain périnéal. On aura soin seulement de raser le périnée et d'y faire une toilette aussi complète que celle de la région sus-pubienne.

Incision de l'hypogastre de 10 centimètres environ, position de Trendelenburg, ouverture de la cavité vésicale et suture de celle-ci à la paroi par un crin de Florence sur chaque lèvre. Incision de deux centimètres sur la proéminence postérieure de la prostate et recherche du plan de clivage à l'index, énucléation de la glande avec un doigt ganté, ou celui d'un aide, placé dans l'anus pour faciliter l'énucléation sur un plan résistant.

La prostate et l'urèthre prostatique enlevés, on tamponne la loge vide avec de la gaze que l'on laisse trois minutes pendant que l'on refait la toilette des mains. On retire à ce moment la gaze et l'on place une pince à pansement utérin dans le fond de la loge prostatique en la dirigeant de haut en bas et obliquement d'arrière en avant, de façon qu'on puisse la sentir à travers la peau et le plan périnéal, le plus loin possible de l'anus. Cette distance est en moyenne de 2 centimètres $1/2$ du rebord inférieur de l'anus.

Incision au bistouri, sur une longueur de 2 centimètres, de la peau et de l'aponévrose seulement. La pince, que l'on

pousse à ce moment, vient paraître dans la plaie périnéale; on la retire en l'ouvrant de façon à faire la place du drain, sans risquer d'intéresser aucun vaisseau. Tout en la retirant par la voie vésicale, un aide passe une pince longuette par la voie périnéale qui prendra sa place et qui permettra de saisir le drain en T, de façon que la branche horizontale repose sur la muqueuse vésicale dans le sens longitudinal.

Deux cas peuvent se présenter : 1° La loge prostatique saignée suffisamment pour nécessiter un tamponnement à demeure ; dans ce cas, on place une compresse pliée en accordéon, imbibée d'huile stérilisée, ou mieux d'huile goménolée à 20 0/0 et exprimée, dans la loge prostatique, de façon que l'extrémité inférieure vienne paraître à l'ouverture périnéale en arrière du drain en T.

On fera autour de l'implantation des deux branches verticales du drain sur la branche horizontale, et au-dessous d'ellé, un surjet au catgut fin (00) de la muqueuse vésicale libre, de façon à isoler la loge prostatique de la cavité vésicale.

2° Le cas se présente aussi où l'hémorragie est insignifiante après l'enlèvement de la gaze, et il est alors inutile de faire un tamponnement à demeure. Après avoir placé le drain comme dans le premier cas, on suture aussi la muqueuse vésicale autour du drain par un petit surjet, mais au lieu de ne prendre dans la suture que la muqueuse vésicale, on prend aussi les parois de la loge prostatique, de façon à faire un capitonnage qui aura l'avantage d'assurer encore mieux l'hémostase. On s'assure encore une fois que le drain est bien placé, on fait appuyer suffisamment les deux oreilles de la branche horizontale sur la loge prostatique sans cependant la faire plier. Cette position est encore utile à l'hémostase, car les branches du T, en appuyant sur la loge prostatique, font une légère compression.

Il ne reste plus qu'à fermer la vessie par un double surjet comme dans toute taille vésicale.

Si l'on se trouve en présence d'une vessie infectée et qu'on ait des raisons de croire que la réunion par première intention ne se fera pas, rien n'empêche de laisser la vessie ouverte par sa partie supérieure, en y mettant un simple drain qui sera un tuyau de sûreté en cas d'obstruction, mais qui ne servira que dans ce cas ; de toutes façons, le drainage parfait sera assuré par le drain périnéal.

Une fois le pansement abdominal fait, on place une gaze autour de la sortie du drain et l'on ajoute deux tubes en caoutchouc, qui vont à l'urinal au moyen d'un raccord en verre que l'on pourra mettre et enlever facilement pour faire les lavages.

Il suffit de faire ces lavages matin et soir, de s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction provenant d'un caillot, et l'on n'a pas à toucher au pansement abdominal.

Si l'on a été obligé de tamponner la loge prostatique, on change la gaze au troisième jour, tout en la diminuant et on la remplace ensuite par un drain soit en caoutchouc, soit en verre qui va dans la loge prostatique et là seulement. Vers le 6^e ou le 7^e jour, on retire le drain périnéal qui sort facilement grâce à la large ouverture supérieure qui permet aux deux branches du T de se replier. On le remplace par une sonde de Pezzer un peu forte et on place en même temps une sonde à demeure dans l'urèthre. Les lavages se font alors, et par la sonde uréthrale et par la sonde de Pezzer, qui a remplacé le drain périnéal.

Au 8^e jour, la suture sus-pubienne est fermée. On diminue le calibre de la sonde de Pezzer vers le 11^e jour, et on supprime tout drainage périnéal du 15^e au 18^e jour. On laisse jusqu'au 23^e ou 25^e jour la sonde à demeure uréthrale, que l'on enlève à ce moment, dès que le lavage vésical se fait

intégralement par cette sonde, en un mot dès que la plaie périnéale est fermée.

Par ce procédé, on ne prolonge pas beaucoup l'opération car, faire une incision au périnée, pousser une pince à travers la brèche prostatique, ne demande pas deux minutes. La suture au fond de la vessie et autour du drain ne demande aussi que peu de temps, car trois ou quatre coups d'aiguille au plus sont nécessaires. Quant à la suture vésicale, elle ne demande pas plus de temps que la suture qu'il faut faire autour du gros tube de Freyer.

Somme toute, on aura prolongé l'anesthésie de 5 à 6 minutes au plus, et on aura évité bien des ennuis au malade et au chirurgien. Le malade n'est plus constamment souillé par l'urine et le chirurgien n'est plus occupé à refaire trois ou quatre fois par jour le pansement.

De plus, on peut, dès le troisième jour, tourner le malade tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, et au 8^e jour, on peut le faire asseoir complètement, ce qui est très important pour les malades auxquels s'adresse la prostatectomie.

OBSERVATION PREMIÈRE

Inédite

Due à l'obligeance de M. le docteur Eynard

M. D..., est âgé de 62 ans et souffre depuis plusieurs années de troubles de la miction. Je le vois pour la première fois le 9 mai 1903. A cette époque, il était venu me consulter pour des mictions fréquentes datant déjà de deux ans; et avait été pris déjà une fois, à Port-Saïd, de rétention complète mais passagère. Les mictions étaient surtout fréquentes la nuit, et plus particulièrement dans la seconde partie de la nuit.

A l'exploration, la boule n° 18 éprouvait de la difficulté à passer dans l'urèthre prostatique. Au toucher, la prostate était augmentée de volume, très dure surtout dans le lobe gauche.

Pendant quatre ans, j'ai suivi ce malade qui venait trois ou quatre fois par an à mon cabinet soit pour un lavage, soit pour une dilatation béniqué, qui maintenait son canal entre le 48 et le 52. La prostate restait dure, donnant la sensation d'une glande adénomateuse. Les mictions devenaient de plus en plus pénibles quand, le 19 octobre 1907, M. D... fut pris de rétention complète qui nécessita le cathétérisme et la sonde à demeure que je laissai un mois et demi. Mais, même après ce temps-là, le cathétérisme devenait de plus en plus difficile et on ne pouvait arriver à passer qu'avec une sonde bi-coudée sur mandrin. Devant cet état qui devenait inquiétant et après une analyse d'urine qui donna un excellent résultat, je proposai la prostatectomie qui fut acceptée.

J'opérai par la voie transvésicale, procédé de Freyer, le 16

décembre 1907, avec M. le docteur Fosse comme aide principal.

Ouverture de la paroi vésicale, suture par un crin de Florence de cette paroi à la tranche abdominale, ouverture au bistouri de la muqueuse vésicale sur la partie la plus saillante d'un des lobes prostatiques et décollement sur le plan de clivage de toute la prostate avec l'index placé dans l'anus. Les attaches uréthrales cèdent assez bien sans l'aide du ciseau et j'enlève la glande d'un bloc.

Après avoir, par tamponnement, étanché l'hémorragie, une pince à pansement utérin est introduite par la plaie vésicale et dirigée de façon qu'elle vienne se placer dans la loge prostatique et qu'on la sente à travers la peau et le plan périnéal. J'incise au bistouri la peau et l'aponévrose périnéale sur une longueur de 2 centimètres, et en me tenant à 2 centimètres et demi en avant de l'anus. La pince vient alors paraître par l'ouverture faite au périnée et je la retire en l'ouvrant de façon à faire la place du drain. Pendant ce temps, M. le docteur Fosse introduit, par la voie périnéale, une pince languette qui vient saisir les deux branches longitudinales du drain en T, et l'attire en bas et en avant de façon que la branche horizontale repose sur la muqueuse vésicale dans le sens longitudinal.

Je suture autour du drain en prenant la muqueuse vésicale et la paroi de la loge prostatique, par un surjet au catgut 00, de façon à laisser juste le passage du drain.

Suture de la vessie par un double plan, et pansement.

Je fais deux fois par jour un lavage à l'oxycyanure chaud. Le soir même, les urines sont à peine teintées, et le lendemain elles sont claires.

Ablation du drain périnéal au sixième jour, qui vient facilement grâce au jeu donné par l'ouverture supérieure du tube horizontal du drain en T, et remplacement de celui-ci

par une sonde de Pezzer, n° 30 ; en même temps, sonde à demeure.

Au 8^e jour, réunion par première intention de la plaie abdominale. Au 12^e jour, diminution de la sonde de Pezzer, et au 16^e jour je supprime le drainage périnéal et laisse la sonde à demeure jusqu'au 26^e jour, époque à laquelle la miction est facile, avec urines claires et sans résidu. La plaie périnéale est fermée à ce moment, et le malade sort le 30^e jour de la clinique dans un état aussi satisfaisant que possible.

L'examen histologique de la prostate, pratiqué par M. le docteur Olmer, donne le résultat suivant :

La lésion est essentiellement constituée par l'hyperplasie de la glande et du stroma. L'excès de développement porte surtout sur le stroma. Le tissu conjonctif est très épais, formé de larges bandes scléreuses, semé par places de cellules allongées moins évoluées dans le sens fibreux. Les fibres musculaires sont assez nombreuses. Les travées fibreuses encerclent et compriment, en certains points, les éléments glandulaires. En d'autres points, au contraire, les culs-de-sac glandulaires sont très apparents et affectent une disposition arborescente.

Il s'agit évidemment d'un fibrome glandulaire. Si l'on retrouve, sur les préparations, des culs-de-sac glandulaires très nets, ces culs-de-sac sont constamment entourés par des travées concentriques du tissu conjonctif fibreux, dont l'hyperplasie constitue la lésion prédominante.

OBSERVATION II.

Inédite

Due à l'obligeance de M. le docteur Eynard

M. G..., âgé de 75 ans, se plaint, depuis 5 ans, de troubles de la miction. Pas d'antécédents urinaires, pas de maladies antérieures. Il a d'abord des fréquences nocturnes, puis de la paresse à la miction. Le premier examen que je fais de ce malade remonte au mois d'avril 1904. Je trouve un canal libre, une capacité vésicale normale avec urines claires. Au toucher, on sent une prostate augmentée de volume, mais pas très grosse, donnant surtout la sensation d'un corps très dur.

Pendant trois ans, la miction peut se faire quoique avec difficulté, mais le cathétérisme n'est jamais nécessaire, sauf pour se rendre compte du résidu vésical qui ne dépasse jamais 80 à 100 grammes d'urines. Celles-ci se maintiennent toujours claires.

Au mois de janvier 1908, le malade est pris d'une rétention incomplète car il arrive, avec des efforts inouis, il est vrai, à expulser quelques gouttes d'urine. Le résidu vésical, à ce moment, égale 250 grammes. Au bout de quelques jours, la miction est impossible et les douleurs augmentent ; ces douleurs ne sont calmées que par le cathétérisme qui laisse reposer le malade pendant 3 à 4 heures.

Mais le cathétérisme, qui jusqu'alors se faisait facilement avec une sonde de Nelaton n° 16, devient chaque jour plus difficile, et je prévois, en présence de la prostate qui n'est pas

très grosse, mais très dure, le moment où il deviendra impossible.

Les urines se maintiennent claires, et nous savons que, dans ces prostates adénomateuses, la sonde à demeure ne donne d'autres résultats que d'amener de l'uréthrite et de la cystite, quelques précautions que l'on prenne.

Aussi, comme l'état général est bon, que l'analyse des urines nous montre le fonctionnement normal des reins, nous décidons, avec un de mes confrères, parent du malade, d'intervenir.

Je fais cette opération le 17 février 1908, avec M. le docteur Fosse comme aide principal.

Le malade est endormi et, la toilette terminée, nous faisons la prostatectomie transvésicale. Après avoir fixé la vessie par deux points de suture sur chaque côté de l'ouverture sus-pubienne, nous incisons sur la partie proéminente de la prostate, et nous faisons l'énucléation de celle-ci qui est un peu pénible : nous tamponnons la loge prostatique et, trois minutes après, l'hémorragie est en nappe et insignifiante. Nous plaçons une pince à pansement utérin dans le bas-fond de la glande enlevée, de façon à inciser la peau et l'aponévrose périnéale sur la pince sentie à travers les téguments. Je retire la pince en l'écartant, pendant que mon aide la remplace par une pince languette qui fait le trajet en sens inverse et vient saisir le drain qui est placé de la façon que nous avons déjà exposée.

Surjet au catgut autour du drain et suture de la vessie, puis pansement. Il n'y a pas eu, ce jour-là, de shock opératoire.

Le soir, les urines sont claires.

Le lendemain, 18 février, les urines sont encore claires, et les lavages se font bien et sans douleur.

Le 19 février, la plaie abdominale va bien, le malade n'a pas de température et commence à s'alimenter.

Le 20 février, l'état est aussi satisfaisant.

Le 21 février, le malade se plaint de quelques coliques.

Le 22 février, on lui donne une purgation suivie d'effet, le drain fonctionne bien.

Le 23 février, le malade est prostré dans la matinée ; à midi, le pouls faiblit, dyspnée légère sans que l'on ne constate rien à l'auscultation ; pas de vomissements, léger ballonnement du ventre.

A 5 heures, mort par dépression nerveuse constatée par M. le docteur Arnaud, appelé en consultation. Les urines, claires jusqu'à midi, étaient devenues un peu foncées et presque nulles de midi à 5 heures.

On ne peut mettre le décès sur le compte de la prostatectomie, car, jusqu'au dernier moment, le drain périnéal a très bien fonctionné, donnant issue à une urine nullement teintée ; la plaie abdominale était à peu près complètement fermée, et ne présentait aucune trace d'inflammation.

Il a résulté de la consultation que nous avons eue, que la mort était due à un shock à distance, à une inhibition nerveuse qui ne s'était pas produite du tout après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement chirurgical des prostatites par la prostatectomie totale a une valeur thérapeutique qui est aujourd'hui indiscutable.

II. — La voie transvésicale offre, au point de vue opératoire, des avantages considérables sur la voie périnéale.

III. — L'inconvénient qui rend encore imparfaite la méthode par taille sus-pubienne provient de la difficulté du drainage.

IV. — Les drainages employés jusqu'à ce jour dans la taille par voie haute (drainage de Freyer particulièrement), se font dans de mauvaises conditions. Ils laissent le malade baigner continuellement dans son urine et nécessitent de très fréquents pansements ; ils favorisent l'infection de la plaie superficielle et ne vident pas le bas-fond vésical.

V. — Mais s'il n'existe pas de procédé de drainage absolument parfait, il faut remarquer que beaucoup ont donné une sécurité suffisante aux chirurgiens et qu'avec tous, si l'on a eu des revers, on a eu aussi des succès.

VI. — Le drainage par voie périnéale, après taille sus-pubienne, par le procédé d'Eynard, nous paraît cependant devoir réunir le plus grand nombre d'avantages. Il permet

la fermeture immédiate de la vessie, se fait suivant la déclivité et dans le sens de la pesanteur, et vide ainsi complètement le bas-fond vésical ; enfin, grâce aux lavages que l'on pratique par le drain à double courant, il met à peu près sûrement le malade à l'abri de l'infection.

VII. — En cas d'hémorragie abondante, on fait le tamponnement de la loge prostatique, avec une gaze en accordéon, dont le chef terminal vient ressortir au périnée à côté du drain.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. Indication de la prostatectomie. Presse médicale, Paris 1902. Vol. I, p. 495-497.

— Les tumeurs de la vessie.

ARNAUD. — Hypertrophie prostatique. Intervention par la voie transvésicale. Vésiculectomie transvésicale concomitante. Société de chirurgie de Lyon, 9 janvier 1908.

E. ARRUFAT. — Prostatectomie transvésicale. Montpellier médical, 26 janvier 1908, p. 89.

BÉRARD. — Hypertrophie prostatique. Intervention par la voie transvésicale. Société de chirurgie de Lyon, 1908, p. 264.

BAZY. — Note sur la prostatectomie transvésicale. Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1906, p. 867-872.

— A propos de la prostatectomie. Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1903, p. 277-281.

CATHELIN (F.). — Procédé mixte de prostatectomie totale (méthode périnéo-sus-pubienne). Tribune médicale, Paris, 1905, p. 597-600.

CZERNY. — Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. 34^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1905. Analyse : Semaine médicale, 1905, p. 222.

- CAMELOT (E.). — Hypertrophie de la prostate et prostatectomie. Société médicale de Lille, 1907, p. 289-298.
- CASTANO (A.). — Prostatectomie périnéale et prostatectomie transvésicale ; méthode de Freyer. Etude comparée des deux méthodes. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Paris, 1907, p. 401-472.
- CARMOUZE (A.). — De la prostatectomie transvésicale par la voie sus-pubienne. Etude sur le procédé de Freyer. Thèse de Bordeaux, 1904.
- CAUTERMAN (F.). — Prostatectomie totale par la voie sus-pubienne. Annales Soc. Méd. chir. d'Anvers, 1903, p. 221-224.
- DESNOS. — Sur la prostatectomie.
- DUVAL. — Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urèthre et réunion par première intention. Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1906, p. 651-655.
- DUCHAMP. — Une prostate enlevée par la voie transvésicale. Loire médicale, Saint-Etienne, 1907, p. 127.
- DUHOT. — Un cas de prostatectomie sus-pubienne. Quelques considérations sur la méthode de Freyer. Presse médicale belge, Bruxelles, 1907, p. 345-351.
- DOYEN (E.). — Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire, 1908, Maloine.
- EYQUARD (J.-R.). — Valeur comparée de la prostatectomie périnéale totale et transvésicale totale ; méthode de Freyer. Thèse de Bordeaux, 1906.
- ESCAT. — Rapport à la huitième session de l'Association française d'urologie, Paris, 1904, sur les indications et la valeur thérapeutique de la prostatectomie.
- Prostatectomie transvésicale. Société de chirurgie de Marseille, séance du 28 novembre 1907.
- FREYER. — A new method of performing perineal prostatectomy. Indian med. Record. Calcutta, 1900, T. 28, p. 420.

- British Medical Journal, 21 juillet 1901.
- British Medical Journal (publications de 1901 à 1907).
- The Lancet (publications de 1901 à 1906).
- FULLER. — Combined suprapubic and perineal prostatectomy in prostatic hypertrophy. Colorado, M. J. Denver, 1904, p. 462.
- The radical treatment of prostatic hypertrophy. Med. Record, 1898.
- FORGUE. — Précis de pathologie externe.
- GAYET. — Prostatectomie. Lyon médical, 1905, p. 1080.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate.
- HARTMANN. — Le traitement opératoire direct de l'hypertrophie prostatique. Bulletin et Mémoires, Société de chirurgie de Paris, 1904, p. 658-669.
- Congrès international de Bruxelles, 1905.
- ISRAEL. — Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. 34^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 1905.
- JEANBRAU (E.). — Présentation d'une prostate enlevée par la méthode de Freyer. Montpellier médical, 1908, p. 163.
- Leçons sur le traitement des prostatites. Montpellier, 1907-1908.
- KUMMEL. — Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. 34^e Congrès de la Société de chirurgie, Berlin, 1905.
- KALLIONZIO. — Note sur la prostatectomie transvésicale. Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1907, p. 38.
- LECLERC-DAUDOUY. — Prostatectomie transvésicale. Policlin. Bruxelles, 1906, p. 370.
- LEGUEU. — A propos de la prostatectomie transvésicale. Bull. et Mém. Société de chirurgie, Paris, 1906, p. 889.

- Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. Paris, 1906, G. Steinheil, p. 64.

LOUMEAU. — Note sur la prostectatomie appliquée au traitement de l'hypertrophie de la prostate. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1905, p. 1871-1878.

- Prostatectomie transvésicale. Voir Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, Bordeaux, 14 juillet 1907.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, vol. 9.

MEYER (W.). — Du choix d'une méthode pour opérer une prostate hypertrophiée. Revue pratique des maladies des organes génit.-urin. Paris, 1906-07, p. 1-19.

MESLEY, de Lyon. — Prostatectomie hypogastrique. Analyse Revue de chirurgie, 1908, p. 260.

NICOLICH. — Prostatectomie. Compte-rendu de la VIII^e session de l'Association française d'urologie, Paris 1904.

- Compte-rendu de la IX^e session. Paris, 1905.

PONCET. — Prostatectomie par voie transvésicale. Lyon Médical, 1906, p. 835.

PASQUION. — Prostatectomie sus-pubienne. Thèse de Bordeaux, 1899-1900, n^o 6.

POUSSON. — Société de chirurgie, Paris 1899, p. 737. Id. Paris 1907.

PROUST (R.). — Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie. Paris 1906. Masson.

QUÉRÉ. — De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. Etude de ses diverses méthodes. Thèse de Bordeaux, 1904.

RICHARDSON (W.-G.). — On the development and anatomy of the prostate gland together with on account of its injuries and diseases and their surgical treatment, 1904.

TUFFIER. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate.
Gaz. des hôp. de Paris, 1906, p. 726.

TESTUT. — Traité d'anatomie.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.

VALLON. — Le drainage de la vessie et de la loge prostatique
après la prostatectomie transvésicale totale. Thèse de
Montpellier, 1905-1906, n° 68.

VILLENEUVE (L.), de Marseille. — De la substitution de la taille
hypogastrique aux différentes méthodes de taille péri-
néale comme méthode générale. Revue de chirurgie,
Paris, 1883.

VERHOGEN. — La chirurgie de la prostate. Société royale des
Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Bull.
1904, p. 180-188.

— Sur la prostatectomie. Association française d'urolo-
gie. Procès-verbal, 1904. Paris, 1905, p. 293-298.

YOUNG (W.-G.). — Prostatectomy. Ann. J. Surg. and Gynec.
St-Louis, 1903-4, p. 205.

WALKER (J.-W.). — The surgical anatomy of the normal
enlarged prostate and the operation of suprapubic
prostatectomy. Med. chir. Tr. London, 1904, p. 403-450.

ZUCKERKANDS. — Deux cas de prostatectomie par la méthode
de Freyer. Congrès de chirurgie allemande. Berlin,
1904.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 28 Mars 1908
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 26 Mars 1908
Le Doyen
MAIRET.

